



CSD1001

MetLife®

طلب تعديل بوليصة

مالك البوليصة:

البوليصة رقم:

يلتمس بموجب هذا الطلب من أمير كان لايف إنشورنس كومباني إدخال التعديل/التعديلات المؤشر عليها ادناه باية وسيلة مقبولة من الشركة.

يسري مفعول هذا التعديل اعتباراً من

بالشروط المبينة أدناه:

الاسم اسم الأب اسم العائلة
 بالأجنبية:
 الجنسية مكان الولادة بلد الولادة
 رقم الهوية نوع الهوية تاريخ انتهاء الصلاحية
 جنسيات أخرى نوع ورقم الوثيقة تاريخ انتهاء الصلاحية
 جنسيات أخرى نوع ورقم الوثيقة تاريخ انتهاء الصلاحية

بلد الإقامة خلال الأشهر ١٢ الماضية :

عنوان السكن الحالي: بناية طابق شارع بجانب
 منطقة قضاء محافظة رمز البريد البلد
 الهاتف الخليوي البريد الإلكتروني

العمل : الوظيفة: المهام اليومية: الإختصاص:
 موظف صاحب عمل، إذا كنت صاحب العمل: عدد الموظفين حجم العمل (قيمة المبيعات السنوية)
 التوزيع الجغرافي: تاريخ تأسيس العمل
 أ- إسم الشركة/ العمل المسجل ب- مجال عمل الشركة/ العمل المسجل
 عنوان العمل: بناية طابق شارع بجانب
 منطقة قضاء محافظة رمز البريد البلد
 الهاتف الخليوي البريد الإلكتروني

عنوان المراسلات السكن العمل غيرهم غيرهم/ص.ب.

تغيير عنوان المراسلات

يطلب مالك البوليصة إرسال كافة المراسلات المتعلقة بهذه البوليصة على العنوان التالي:

هاتف رقم:
 في حال أن تغيير العنوان يؤثر على بوالص أخرى يملكها مالك البوليصة وصادرة عن Metlife يرجى ذكر أرقام البوالص أدناه:

تغيير مبلغ /برنامج التأمين: من إلى
 العقود الاضافية : اضافة الغاء

تغيير المستفيد:

الاسم الكامل للمستفيد الجديد صلته بالمؤمن تاريخ الميلاد عنوانه الجنسية /الجنسيات

يحتفظ لا يحتفظ المؤمن بحقه وصلاحياته في الغاء هذا التعيين وتعيين مستفيد جديد وفقاً لشروط البوليصة.

عنوان المستفيد الغير قابل للتغيير

بناية طابق شارع
 بجانب منطقة قضاء
 محافظة رمز البريد البلد
 الهاتف الخليوي البريد الإلكتروني
 بلد المنشأ
 بلد التسجيل

GIIN number :

التاريخ/شاهد

الرجاء التوقيع أيضاً على الصفحة الثانية توقيع المؤمن / صاحب البوليصة المستفيد غير القابل للتغيير / أو المحول إليه (إن وجد)

Amir Khan Laif Anshourns Company هي إحدى شركات MetLife, Inc

مسجلة في سجل شركات الضمان تحت رقم ٣٠ في ٢٩ تشرين الثاني ١٩٥٦، خاضعة لأحكام المرسوم ٩٨١٢ تاريخ ٤ أيار ١٩٦٨، المعدل بموجب القانون رقم ٩٤ تاريخ ٢٨ حزيران ١٩٩٩.

تغيير طريقة دفع الاقساط:

من الى ابتداءً من تاريخ القسط المستحق في

طلب خاص:

دفعت مع هذا الطلب مبلغ:

إذا كان للمؤمن (مالك البوليصه) أكثر من توقيع واحد، الرجاء إعطاء نماذج لكافة التواقيع.

تصريح قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA)

(يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو إقامة في الولايات المتحدة الأمريكية، و أي صندوق إئتمان يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم في الولايات المتحدة الأمريكية)

هل مالك البوليصه أو أي من المستفيدين شخصاً أمريكياً؟ لا نعم (إذا كانت الإجابة نعم. أذكر ما يلي)

• رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمؤمن عليه:

• رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمستفيدين:

أوافق أنا طالب تعديل البوليصه على إبلاغ الشركة خلال 30 يوماً من تاريخ معرفتي بحصول أي تغيير في حال أصبحت أنا مالك البوليصه أو أي من المستفيدين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية. و إنني تهمت بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية. وأن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإبلاغها عن أي دخل يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. و أنني في حال كنت شخصاً أمريكياً ولم أقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة (أو رقم الضمان الإجتماعي) فإن دائرة الضرائب تلزم الشركة بإحتساب والإحتفاظ بضريبة دخل بمعدل 31% من المبالغ الخاضعة والمدفوعة لك

أقر أنه عند قيامي بطلب تعديل البوليصه بموجب هذا الطلب ولدى توقيع علي عليه:

• بأنني لست أميركي الجنسية كما هو معرف أدناه.

• أن أي من المستفيدين المعينين هو ليس أميركي الجنسية كما هو معرف أدناه.

• أوافق على أنه لدى علمي بأي تغيير بالنسبة للإقرار أعلاه أو لأية معلومات أخرى واردة في هذا الطلب، أو إذا أصبحت أنا أو أي مستفيد أميركي الجنسية فسوف أبلغ الشركة بمثل هذا التغيير خلال 30 يوماً من علمي بذلك.

• من المفهوم أن الشخص الأمريكي الجنسية لغرض الإقرار هنا، هو شخص من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو الشخص المقيم في الولايات المتحدة الأمريكية (بما فيها الشخص الحامل الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة الإميركية ولويكن مقيماً خارجها)، الشركات الأمريكية أو أي صندوق إئتماني يديره، يشرف أو يسيطر عليه شخص أميركي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأميركية.

• أوافق أن هذا الإقرار هو لغرض التقيد بالأنظمة الأمريكية الخاصة بمراقبة تداول الأوراق المالية وأحكام ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية وأي إقرار غير صحيح أو أي تصريح خاطيء بشأن الوضع الضريبي لأي شخص أميركي قد يعرضني للملاحقة الجزائية بموجب قوانين الولايات المتحدة الأميركية.

أقر وأفيد بأنني على علم وأوافق على انه ولغرض أحكام قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA) – وهو قانون أمريكي مصمم لتحديد الملكية الأمريكية للحسابات الأجنبية في مؤسسات مالية غير أمريكية، بما يشمل الصناديق الغير أمريكية – أقوم بموجب هذا بتفويض الشركة (معا مع موظفيها، ومستخدميها ومندوبيها)، بصفتي حامل بوليصة تأمين لدى الشركة بمعالجة ونقل إي من بياناتي الشخصية الى IRS الأمريكية (خدمة العوائد الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية) بما فيها إسمي وعنواني ورقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي ورسيد الحساب الخاص بالبوليصه عند استلام الطلب الرسمي من IRS الأمريكية في هذا الشأن.

وبالتالي، فإني أتنازل عن حقي في السرية بشأن المعلومات أعلاه وأي معلومات شخصية أخرى والتي قد يتم الإفصاح عنها من قبل الشركة لغرض الالتزام بمتطلبات FATCA.

أوافق على إخلاء وحجب الضرر عن الشركة (معا مع موظفيها ومستخدميها ومندوبيها) من أي وكافة المطالبات أو الإجراءات أو الأضرار من أي نوع ناشئ عن أو بأي طريقة مرتبط بإصدار و/أو استخدام المعلومات أعلاه بموجب هذا التنازل.

أكون ممتناً للشركة اذا تم إعلامي بأي افصاح يخص بياناتي قد يتم لل IRS الأمريكية طبقاً لبنود هذا التنازل .

وايضاً فإني اتخذت علماً وأوافق على انه يحق للشركة اقتطاع قيمة اية مبالغ تكون مستحقة بموجب احكام قانون FATCA.

كما أنني اتخذت علماً وأوافق على انه يحق للشركة وفقاً لتقديرها المطلق انهاء عقد التأمين اذا لم أتمكن من تزويدها في وقت مناسب بالمستندات والمعلومات الكافية فيما يتعلق بإثبات ما اذا كنت مواطن اميريكي من عدمه. واذا ما كان استقطاع اية مبالغ او الافصاح عن اية معلومات ضمن هذا الاقرار مخالفا لاية قوانين او انظمة مطبقة في لبنان، يكون للشركة الحق المطلق بإنهاء عقد التأمين دون ان يترتب على ذلك اية مسؤولية او تعويض من اي نوع كان على الشركة.

أوافق على اعطاء رقم هاتفي الخليوي للشركة لتوصيل معلومات او بيانات تتعلق ببوليصة (بوالص) التأمين الخاصة بي لدى الشركة من خلال الرسائل النصية القصيرة (SMS) كما اتعهد بابلاغ الشركة خطياً في حال فصل او تغيير رقم الهاتف الذي يستقبل هذه الخدمة او فقدان او سرقة بطاقة الهاتف الخليوي لتتمكن الشركة من تعديل او وقف الخدمة. واني اتفهم واوافق على أن الشركة ستبدل العناية المعقولة عند ارسال هذه البيانات/المعلومات وستتخذ الاحتياطات المناسبة والمعقولة لضمان امن وسلامة وخصوصية البيانات الشخصية الخاصة بي. واني اوافق على استقبالي جميع الرسائل المرسله لي من الشركة على رقم هاتفي الخليوي المحدد في الطلب وتعتبر جميع الرسائل المرسله على هذا النحو قد سلمت لي وتحت مسؤوليتي الكاملة منذ لحظة ارسالها. كما اتفهم واوافق على عدم مسؤولية الشركة عن اي ضرر او خسائر او تكاليف او مصاريف اتكبدها نتيجة احتيال او سرقة او تزوير او اتلاف او استخدام غير سليم او غير مرخص للوصول الى المعلومات الشخصية المتعلقة ببوليصة التأمين اثناء تمرير البيانات/المعلومات من خلال الرسائل النصية القصيرة. ولا تتحمل الشركة اية مسؤولية عن تأخير تسليم الرسالة بسبب اي خلل او عطل فني او توقف في الشبكة لاي سبب من الاسباب.

أفوض بموجبيه الشركة وموظفيها وكلائها (ممثلو الشركة) (i) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصرف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناتي الشخصية، مباشرة او غير مباشرة، من اجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في لبنان و/او خارج لبنان عندما تكون هذه المعالجة، و/او الاستخدام، و/او النقل و/او الافصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بيني وبين الشركة و/او (ii) مشاركة، نقل، كشف، او تسهيل الوصول الى بياناته الشخصية، مع اي طرف ثالث داخل لبنان و/او خارج لبنان كلما تستدعي الحاجة ووفقاً لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة، ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضرورياً لتنفيذ الشركة و/او اي من الشركات التابعة لها او المالكة لها التزاماتها التعاقدية و/او تنفيذها بالانظمة والقوانين المرعية الاجراء داخل لبنان و/او خارجه.

إني أوافق على قيام الشركة بالحصول من والمشاركة مع اي طرف آخر داخل او خارج لبنان وفقاً لما تراه مناسباً، على اية معلومات تتعلق بي و/او بأفراد عائلتي مالية كانت و/او مهنية و/او شخصية بهدف تنفيذ احكام بوليصة التأمين وتحصيل اقساط التأمين العائدة لبوليصتي او بوالصي مع الشركة و/او بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/او التعاقدية في لبنان و/او خارج لبنان.

أقر واتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجا اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

كما أقر واتفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يُعرض الشركة لأي عقوبة أو حظر أو قيود بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة المعمول بها في الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو أي قوانين أخرى نافذة.

بالرغم من أي نص مخالف في بوليصة التأمين أو في أي من العقود الاضافية المرفقة بها، يجوز للشركة أن تستند الى هذا الطلب لاجراء التعديل المطلوب

دون حاجة الى أي تظهير من أي نوع كان.

أرّخ في بتاريخ

(المدينة)

توقيع مالك البوليصه

توقيع المؤمن

توقيع المستفيد غير القابل للتغيير او المتنازل له

بشهادة: